Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 56 — 11 Juillet 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
et Départements. . . . . 7 fr.
ger. . . . . 10 fr.
bonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
RGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

E CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA OMIDROSE ROUGE, par MM. SABRAZES et ANNES 329

ANALYSES

mie et Physiologie : Leucocytose et alcalescence du sang, par M. L. CARO. — Influence des bains sur la circulation chez les fébricitants et l'homme al. par M. A. BREITENSTEIN. — L'alcalescence du chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologi- par M. H. STRAUSS. — Recherches histologiques cerveau des enfants, par M. MARRACINO. 330
mie pathologique : L'actinomycose en Suisse, ER BRUNNER 331
cine : Un cas de méningite typhique, par M. KUH- 331
rgie : De la splénectomie, par M. TIMOTEO VALLE- — Troubles de la circulation cérébrale consécutifs ligature des artères vertébrales, M. R. v. BARACZ. raitement chirurgical des hémorrhagies traumatiques oumon, par GUIDONE. — Sur un cas d'hémo-angiome endothélial de la mamelle, par M. ENRICO CI. 331
trique et Gynécologie : Traitement opératoire rétroflexion utérine, par M. GROUSDEFF. 332
peutique et Matière médicale : Un nouveau de traitement dans quelques maladies infectieuses, M. RYKOWSKI 332
hérapie, Opothérapie : La médication thyroïdienne appliquée à la tétanie idiopathique des enfants, M. LEONE MAESTRO. 332

spondance de Vienne. CCLXXIX

SOCIÉTÉS SAVANTES

té de chirurgie : Greffes de Thiersch, M. KIRON. MM. RECLUS, MONOD, SCHWARTZ, MICHAUX, LUS, MICHAUX. — Cholécystentérostomie, M. BROCA. TERRIER, ROUTIER, QUÉNU, MICHAUX. — De l'extion du ganglion de Gasser, M. POIRIER. MM. CHATERRIER. — Gastrostomie, M. QUÉNU. — Ascite urée, M. NÉLATON. CCLXXX
té anatomique : Calculs enclavés dans l'ampoule ater, M. GRIFFON. — Béance du cholédoque dans le er du pancréas, M. GRIFFON. — Autopsie d'un cas otie, M. METTETAL. — Cancer généralisé avec métinite, M. RAMOND. — Hydrosalpinx et kyste hydae, M. MERMET. — Arrêt de développement des doigts. MOUCHET. — Kyste hydatique rompu du foie, MM. URU et DIRIART. — Épithélioma primitif tubulé du avec envahissement de l'uretère, M. WEINBERG. — ome kystique de la cuisse et carcinome de la prose. GERVAIS DE RONVILLE CCLXXXI
té médicale des hôpitaux. — Note sur l'hypersie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hyperphique, M HANOT. — Phlébite fibro-adhésive des sinus un nourrisson, M. MARFAN. — Un cas d'hypothermie remarquable au cours d'une hépatite subaiguë d'origine toxique, M. CLAUDE. — Photographie Röntgen liquée à l'étude du rhumatisme déformant d'origine nnorrhagique, M. ACHARD. — Angine avec éruption latiniforme, M. FIORAND. — Pepsinurie normale et sinurie pathologique, MM. GOURAUD et ROBIN. — icité de l'acide borique, M. CATRIN. M. MARFAN. CCLXXXI
té française d'ophtalmologie : Strabismes ités par l'avancement musculaire, M. VIGNES. MM. ER DE SPÉVILLE, ABADIE, PARENT, GORECKI, JOCQS, CHEVALLEREAU, VIGNES. — De l'ignipuncture ; ses avantages dans les ulcères de la cornée et principalement dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente. M. ABADIE, MM. GORECKI, PARENT, ABADIE CCLXXXII
Société obstétricale et gynécologique : Du siège et de la spécificité du gonocoque, M. PICHEVIN, MM. PORAK, DOLÉRIS, PICHEVIN, PETIT CCLXXXII
VIe Congrès des médecins russes tenu à Kieff. CCLXXXII
Sociétés étrangères : Russie CCLXXXIII

FORMULAIRE PRATIQUE

Dyspepsie avec dilatation de l'estomac chez les arthritiques. — Conjonctivite. — Hypertrophie du cœur pendant la croissance. — Tuberculose vésicale. — Expectorant. — Coqueluche. CCLXXXIV

Répertoire thérapeutique. CCLXXXIV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2e Médecine). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lesage, de Gennes et Courtois-Suffit.

Concours pour l'internat (19 Octobre). — *Conditions de l'admission au coucours et formalités à suivre.* — Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, du 7 Septembre au 3 Octobre. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours, ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes.

Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externe, depuis le 1er Février 1896, sans interruption motivée ;

2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

Le jury, pour ce concours, se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ;

2° Une épreuve orale sur les mêmes sujets. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue.

A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres, deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie, l'autre la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes qui vont être déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues, et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées, dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il sera procédé, par la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury ; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort ; pour la section de pathologie, l'ordre des lectures est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite par la première ; dans chacune de ces deux séries on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion de ses deux sections, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, les compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale devant les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit :

Pour la composition écrite : épreuve d'anatomie, 15 points ; épreuve de pathologie, 15 points = 30 points.

Pour l'épreuve orale, 20 points.

Le jugement des épreuves terminé, le Jury procède au classement des candidats, et, par suite, les prix, accessits et mentions sont décernés aux quatre premiers élèves dans l'ordre de leur nomination.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury peut se faire présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non

ICHY-CÉLESTINS
cérophosphate de chaux Freyssinge.
Ido-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, onie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.
A RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
AMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Avis spécial. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Concours de l'externat. 20 Octobre. — *Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre.* — Dispositions réglementaires : Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des facultés de médecine de l'Etat, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions ; 2° son acte de naissance ; 3° un certificat de revaccination datant légalisé et portant une date récente ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes qui ont accompli leur temps d'externat peuvent se présenter de nouveau pour concourir. Ne pourront plus toutefois prendre part au concours les élèves externes qui auront été déjà admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet du 1er au 30 septembre. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations en satisfaisant aux conditions exigées.

Le jury des concours pour les places d'élèves externes en médecine et en chirurgie se compose de huit membres, dont quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur, pris exclusivement parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion ;

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Pour le jugement des deux épreuves du concours, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie, et l'autre l'épreuve de pathologie. La section d'anatomie comprend deux médecins et deux chirurgiens ; la section de pathologie deux médecins, un chirurgien et un accoucheur.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours.

Dans cette même séance, et immédiatement après la constitution des deux sections du jury, celui-ci détermine, comme il est dit ci-après, l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir leurs épreuves devant chacune des deux sections.

La liste des candidats rangés par ordre alphabétique étant divisée en deux moitiés, un tirage au sort désigne celle des deux moitiés qui sera attribuée à la section d'anatomie et celle qui sera attribuée à la section de pathologie.

Il est ensuite fait, dans chacune de ces moitiés et d'après l'ordre alphabétique, des séries de cent, et un nouveau tirage au sort détermine l'ordre dans lequel ces séries seront appelées à subir les épreuves.

Les séries, ainsi que l'ordre suivant lequel elles seront appelées à subir les épreuves, sont affichées immédiatement après la séance.

Chacune des deux sections du jury fonctionne ensuite séparément et dans les formes suivantes :

Il est mis tout d'abord dans l'urne les noms des candidats de la série désignée la première pour subir les épreuves, et le sort indique, à l'ouverture de chaque séance, ceux d'entre eux qui doivent être appelés à traiter la question qui aura été extraite de l'urne. Les noms des candidats de la deuxième série seront mis dans l'urne après épuisement de la première série, et ainsi de suite jusqu'à l'extinction complète des séries.

Les deux sections échangent ensuite entre elles les parts qui leur ont été respectivement attribuées, et le concours se continue dans les mêmes formes et dans le même ordre que précédemment.

Les épreuves terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats. En cas de partage des voix, celle du président du jury sera prépondérante.

Si, pour la première place, plusieurs candidats se trouvent, par le total de leurs points, classés *ex æquo*, le jury peut, pour faciliter le classement de ces candidats, avoir recours à une épreuve supplémentaire que jugent les deux sections réunies.

Dans le concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury peut dresser une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer aux besoins des titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Par exception également, les externes de troisième année, qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Concours pour la médaille d'or. — Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 Octobre, dernier délai.

Extrait du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris :

Art. 124. — A la fin de chaque année, au mois de Décembre, il sera ouvert, pour les prix à décerner aux internes qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours distincts qui porteront : l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements.

Les candidats ne peuvent se faire inscrire que pour l'un ou l'autre de ces deux concours.

Le jury de chacun de ces deux concours comprendra cinq membres, savoir :

Le jury du concours de médecine, quatre médecins et un chirurgien ;

Le jury du concours de chirurgie et d'accouchement, trois chirurgiens, un médecin et un accoucheur.

Ces membres seront pris parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, ainsi que parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves de ces concours seront réglées ainsi qu'il suit :

1° Un mémoire soit de médecine, soit de chirurgie, basé sur les observations recueillies dans les services pendant l'internat. Ce mémoire sera remis, ouvert, et devra être déposé au secrétariat général de l'administration, le 15 Octobre au plus tard ;

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, ou, s'il s'agit des chirurgiens et des accoucheurs, sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé à chaque élève quinze minutes pour développer la question, après quinze minutes de réflexion ;

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie soit interne, soit externe, suivant la nature du concours, et pour laquelle il sera accordé trois heures.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve théorique orale, 20 points, pour la composition écrite, 30 points.

Le mémoire est jugé au début du concours.

A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois de Novembre, communication des mémoires déposés par les candidats. Il est réuni de nouveau, quarante-huit heures avant la date fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la valeur de ces mémoires ; les points attribués sont communiqués aux candidats à l'ouverture de la première séance du concours.

Art. 91. — A la suite des deux concours pour les prix ouverts à la fin de chaque année, entre les internes de quatrième année en médecine et en chirurgie, comme il est dit à l'article 124, il peut être accordé deux prix et un accessit.

Le premier prix consiste en une médaille d'or et une bourse de voyage, et le second prix en une médaille d'argent. Il est accordé des livres pour accessit.

Aucune de ces récompenses ne peut être accordée *ex æquo*.

Art. 92. — L'interne en médecine et l'interne en chirurgie qui auront obtenu la médaille d'or, jouiront de la faculté de prolonger pendant une nouvelle année leurs fonctions dans les hôpitaux. — Ces deux internes pourront choisir leurs places au commencement de cette année. — Toutefois, ils ne figureront pas dans le cadre et seront adjoints, à titre supplémentaire, au service qu'ils auront choisi.

Ils auront également la faculté de bénéficier de leur bourse de voyage, à leur choix, soit avant, soit après leur année supplémentaire.

Nota. — A l'ouverture du concours, le 17 Décembre, à 4 heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des candidats qui seront appelés à subir l'épreuve théorique orale dans cette séance.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 15 Juillet 1896.* — *Rapport* : Ostéotomie pour fracture vicieusement consolidée du péroné, par M. Rochard. Rapport par M. Schwartz.

Communications : 1° Nouveau procédé d'anastomose intestinale par M. Picqué ; 2° traitement des kystes séreux congénitaux du cou par M. Verchère.

VARIÉTÉS

Goûts étranges. — Le professeur Joist, de Berlin, vient de communiquer à la Société de médecine de cette ville des détails curieux sur certaines boissons particulièrement bizarres.

Un propriétaire de mines californien lui a raconté qu'un de ses ouvriers, lorsqu'il n'avait pas d'alcool à sa disposition, buvait du vinaigre, de la sauce de Worchestershire, et même du pétrole ! Un médecin-major lui a affirmé également, qu'au quartier de cavalerie de Gratz un soldat se levait la nuit pour boire le pétrole des lampes.

Dans le Texas, on boit beaucoup d'eau de Cologne étendue d'eau. Là-bas, les hommes n'osent pas aller au cabaret. C'est pourquoi, sous prétexte d'acheter un cadeau pour leur femme, ils demandent chez le parfumeur de flacons d'eau de Cologne que, rentrés chez eux, ils boivent à la régalade.

Les cosaques de l'Oural, eux aussi, ne dédaignent point cette boisson au moins étrange.

Médecins centenaires. — On a parlé dernièrement d'un médecin centenaire qui exerce encore sa profession au Havre ; il vient de mourir en Angleterre un autre médecin centenaire, le docteur Simon, qui est décédé à cent six ans. On a discuté les causes de sa longévité ; nous signalerons ce simple fait, qu'ayant épousé une riche héritière, il a vite abandonné une profession dont l'on n'a pas l'habitude de faire de vieux os.

Ainsi, au XVIe siècle, d'après un confrère allemand, la durée moyenne de la vie des médecins était de trente-six ans et cinq mois ; au XVIIe siècle, de quarante-cinq ans et huit mois ; au XVIIIe siècle, de quarante-neuf ans et huit mois ; elle serait aujourd'hui de cinquante-six ans et sept mois. Il y a progrès, c'est consolant pour nous.

CORRESPONDANCE DE VIENNE

Vienne, le 5 Juillet 1896.

Les localisations de la leucémie au niveau du larynx ont déjà été signalées par bon nombre d'auteurs, mais personne n'avait encore eu l'occasion de donner une description clinique précise de ces lésions, ni surtout une description basée sur les résultats d'un examen laryngoscopique complet, attendu que, jusqu'ici, les malades observés étaient porteurs de lésions peu retentissantes, et qu'aucun d'eux n'avait présenté des phénomènes de sténose laryngée, ni d'accès de suffocation.

Tout récemment, deux observations fort intéressantes de cette affection viennent d'être recueillies, l'une par M. Ebstein, assistant de M. Störk, l'autre par M. Mager, attaché à la clinique de M. Schrötter.

L'histoire de ces deux malades mérite assurément d'être rapportée, car c'est la première fois qu'on voit la leucémie déterminer des désordres laryngés aussi profonds et aussi graves. Nous nous bornerons à en retracer le tableau résumé, en priant le lecteur de s'en rapporter, pour les détails, aux mémoires publiés par les auteurs que nous venons de citer.

Le fait recueilli par Ebstein concerne une femme de soixante-seize ans qui, jusqu'à, il y a trois ans, aurait toujours joui d'une bonne santé ; elle prétend avoir eu à cette époque, au niveau de la région cervicale, un abcès qui fut incisé. Depuis cet accident elle s'est mise à tousser et sa voix est devenue enrouée.

Le 19 Septembre 1895, son état empirant, elle se décida à entrer dans le service de M. Schrötter. L'examen pratiqué à cette époque donna lieu aux constatations suivantes : la cavité pharyngienne était parfaitement normale, ainsi que l'épiglotte ; mais il existait une infiltration très marquée des deux aryténoïdes et des bandes ventriculaires ; le volume de celles-ci était devenu tel, qu'il masquait les cordes vocales proprement dites ; on trouvait également une infiltration notable de la paroi postérieure du larynx. L'examen du sang avait révélé alors l'existence d'une leucocythémie mononucléaire.

La malade quitta le service sur sa demande le 30 Septembre ; à ce moment-là, elle se sentait remarquablement améliorée.

Le 5 Octobre, recrudescence de l'affection ; cette femme se fit de nouveau admettre à l'Hôpital Général. Elle se plaignait de ressentir une légère douleur à la pression au niveau du sternum et des côtes gauches ; rien à signaler du côté des organes thoraciques. Mais le foie et la rate accusaient une légère augmentation de volume. L'examen du sang dénotait encore l'existence d'une leucocythémie mononucléaire.

Le 15 Octobre, on trouva dans le sang 3,480,000 hématies pour 13,000 globules blancs, ce qui donnait la proportion de 25 pour 1. Le 25 Octobre, apparition d'une adénopathie axillaire gauche qui, au bout d'un mois, avait acquis un accroissement considérable. On porta alors le diagnostic de leucémie.

Le malade quitta de nouveau le service, mais put s'y faire encore admettre le 2 Janvier 1895. Le 6 Janvier, il se manifesta du cornage. M. Ebstein examina

1. Ebstein. — « Sténose laryngée provoquée par une infiltration leucémique du larynx. » *Wiener klinische Wochen.*, 1896, n° 22.

Mager. « Un cas de laryngite leucémique. » *Ibid.*

cette femme. Voici les résultats de l'exploration inutieuse à laquelle il se livra : les fosses nasales, le naso-pharynx et le pharynx étaient sains; à signaler sur la face antérieure de l'épiglotte, il existait une infiltration très accusée de la face inférieure de la face laryngée de ce fibro-cartilage dont la mobilité était diminuée. Quant aux cordes ventriculaires, elles étaient le siège d'une infiltration considérable qui commençait à se montrer au niveau des replis aryténo-épiplottiques; sur les bandes ventriculaires, on trouvait, en outre, quelques nodosités de la dimension d'une lentille; il en existait aussi sur la muqueuse de la face interne des cartilages aryténoïdes. Impossible d'apercevoir les cordes vocales, à cause du volume anormal des bandes ventriculaires. Toute la cavité laryngienne se trouvait ainsi rétrécie par le fait même de la présence des lésions.

Le 8 Janvier, aggravation de la dyspnée; la glotte réduite à une fente de 2 à 3 millimètres au plus. La coloration rouge pâle des lésions, ainsi que l'absence de tout processus ulcératif, et en se fondant aussi sur les résultats de l'examen du sang, on porte le diagnostic d'*infiltration leucémique du larynx*.

Les accès de suffocation devenant subintrants, on pratique la trachéotomie; mais il se déclara peu après une broncho-pneumonie qui emporte la malade le 11 Janvier.

A l'autopsie : leucémie à forme myélogène avec hypertrophie des ganglions du médiastin et du mésentère, infiltration leucémique du foie et de la rate; la cause laryngée occasionnée par des lésions leucémiques des cordes vocales et de la muqueuse de la région, jusqu'au niveau du sixième anneau.

L'examen histologique montra une infiltration sous-épithéliale extrêmement dense avec de nombreux foyers péri-vasculaires; les glandes elles-mêmes étaient remplies de leucocytes qui, d'autre part, formaient des manchons péri-glandulaires. Les réseaux lymphatiques étaient bourrés de leucocytes; on trouvait même, en plein tissu malade, des cellules éosinophiles.

* * *

L'observation rapportée par M. Mager est relative à un homme âgé de cinquante huit ans, exerçant la profession de mécanicien et qui, jusque dans le courant de l'hiver 1894-1895, avait toujours été bien portant. A cette époque, il commença à éprouver, pour la première fois, une sensation de plénitude et de tension au niveau de l'hypochondre gauche et des douleurs lancinantes dans le dos. Presque en même temps apparurent des nodosités de chaque côté du cou, au-dessous du maxillaire inférieur, dans les creux axillaire, ainsi qu'au niveau des plis inguinaux. Le malade ne tarda pas à maigrir et à perdre ses forces, au point qu'il lui fut bientôt impossible de vaquer à ses occupations.

Au moment où M. Mager eut l'occasion de l'examiner, l'émaciation était considérable; de chaque côté du cou, on constatait la présence d'un engorgement ganglionnaire des plus manifestes; il y avait aussi de gros ganglions dans les aisselles et dans les aines. La rate offrait un développement énorme, avec une surface dure et lisse; le foie était aussi notablement hypertrophié. Quant aux organes contenus dans la cage thoracique, ils ne paraissaient atteints d'aucune lésion.

L'examen du sang révéla la présence de 2.900.000 hématies pour 625.000 globules blancs, ce qui donnait la proportion de 1 globule blanc pour 4 rouges.

Le 22 Décembre, le malade eut une épistaxis qu'on parvint à arrêter par un tamponnement des fosses nasales.

Le 4 Février 1896, l'état général était devenu très mauvais et la dyspnée considérable. L'examen laryngoscopique permit de constater l'immobilité de la moitié droite du larynx; la corde vocale droite était fortement tendue, ce qui avait pour conséquence de rétrécir considérablement l'orifice glottique. La malade commençait à avoir du cornage. Toute la muqueuse du larynx, et principalement celle qui s'étale sur le cartilage aryténoïde, était rouge, tuméfiée et offrait l'aspect d'une infiltration très considérable. De plus, on voyait, au niveau de la partie postérieure du ventricule de Morgagni, un bourrelet muqueux qui venait faire saillie au-devant de la bande ventriculaire en masquant la corde vocale.

Le 6 Février, l'examen laryngoscopique montra que, pendant l'inspiration, la corde vocale droite était attirée en dedans, ce qui contribuait à rétrécir l'orifice de la glotte; le cartilage aryténoïde droit était très fortement tuméfié dans sa partie postérieure; il existait, de plus, vers la partie moyenne du repli aryténo-épiglottique correspondant, une nodosité grosse comme un grain de chènevis. En présence de ces lésions, M. Schrötter n'hésita pas à porter le diagnostic de *laryngite leucémique*.

Le 9 Février, on dut faire la trachéotomie pour combattre un accès de suffocation.

Le 15 Février, il se déclara une broncho-pneumonie à laquelle le malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie ne fit que confirmer le diagnostic de leucémie à forme liénale. Les lésions constatées furent les suivantes : périchondrite des cartilages cricoïde et aryténoïde avec nécrose consécutive; ulcérations au niveau du pharynx, œdème de la glotte. Foyers de broncho-pneumonie dans le lobe inférieur droit. A l'extrémité postérieure de la corde vocale droite, il existait un orifice à bords irréguliers et sanieux qui conduisait dans une cavité au fond de laquelle on trouvait un séquestre; cette même cavité communiquait avec les ulcérations du pharynx; on constata, en outre, qu'une partie du cricoïde était dépouillée de son périchondre.

Quant à la moitié gauche de la charpente cartilagineuse du larynx, elle était absolument indemne de toute lésion.

Examen histologique : couche épithéliale intacte, mais une infiltration étendue du chorion et de la couche sous-muqueuse; cette infiltration était constituée par de petits cellules mononucléées qui encombraient aussi la lumière des vaisseaux; ceux-ci étaient également le siège d'un exsudat séreux et oblitérés par des éléments fibrineux; les cellules fixes du tissu conjonctif étaient augmentées de volume et en voie de prolifération. Dans la cavité de l'abcès, on trouvait des lambeaux de tissus sphacélés et un grand nombre de cocci et de bactéries.

Quant à la moitié gauche du larynx, elle offrait le tableau complet de l'infiltration leucémique, telle que nous l'avons signalée à propos du malade observé par M. Ebstein. Comment expliquer, chez ce malade, la présence de lésions inflammatoires évoluant à côté d'un processus leucémique? M. Mager suppose que l'affection a commencé par être une leucémie pure, qui se serait ultérieurement compliquée d'une infection secondaire ayant déterminé la périchondrite et les autres exsudats phlegmasiques.

Dr Heller,
Assistant du prof. Schrotter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 Juillet 1896.

Greffes de Thiersch. — **M. Kirmisson.** Dans les greffes de Thiersch, l'important est de détruire les bourgeons charnus dans leur totalité afin de bien mettre en contact la surface cruentée de la greffe avec la surface cruentée de la plaie.

M. Reclus. Il existe deux pratiques pour obtenir la cruentation de la plaie; on peut détruire les bourgeons charnus soit avec un rasoir, soit avec la curette. Pour moi, je curette toujours.

M. Monod. Dans les greffes de Thiersch, j'ai toujours soin d'enlever les bourgeons charnus, comme j'ai appris à le faire, il y a longtemps, en Allemagne. Quand j'ai présenté ici, il y a quelques années, un malade auquel j'avais pratiqué des greffes de Thiersch, on m'a dit qu'elles se résorberaient. Or il n'est rien advenu de semblable, et mon malade est toujours resté guéri.

M. Schwartz. Il y a six ans, j'ai fait chez un malade qui, à la suite de brûlures de la face interne de la cuisse et de la jambe gauche, avait une rétraction cicatricielle telle que le genou était en flexion aiguë, une combinaison de greffes de Thiersch et de greffe à lambeau, à la méthode française, c'est-à-dire par transplantation d'un lambeau cutané voisin. Mon malade a parfaitement guéri.

On dit qu'il peut y avoir difficulté à recouvrir de greffes toute la surface cruentée. Cependant on peut y arriver plus facilement qu'on ne serait parfois tenté de le croire, à ouvrir, par exemple, le dos du poignet ou de la main comme chez la malade que je vous présente. La seule précaution à prendre, c'est de bien rapprocher les greffes de Thiersch pour éviter entre elles la production du tissu cicatriciel intermédiaire.

M. Michaux. Pour bien réussir une greffe de Thiersch, il faut abraser les bourgeons charnus au rasoir ou au bistouri, enlever soigneusement les bords de l'ulcère, enfin ne pas appliquer la greffe aussitôt après l'ablation des bourgeons charnus, mais faire une sorte d'hémostase temporaire en comprimant, avec de la gaze, la surface cruentée pendant quelques instants.

M. Reclus. Au point de vue des résultats éloignés, j'insiste sur la supériorité, dans certains cas, des greffes à lambeaux sur les greffes dermo-épidermiques. Ainsi, chez un jeune homme atteint de brûlure des deux jambes avec perte de substance considérable, j'ai appliqué d'un côté des greffes de Thiersch et de l'autre, une greffe à l'italienne. Six mois plus tard, les greffes de Thiersch avaient disparu, tandis que la greffe à l'italienne se maintenait parfaitement.

M. Michaux. Après la greffe, il faut avoir soin de veiller à sa vitalité, en instituant un traitement post opératoire dont le massage, l'application de bandes en caoutchouc, la mobilisation, etc., forment la base.

Cholécystentérostomie. — **M. Broca.** M. Delbet nous a envoyé une observation de cholecystentérostomie pratiquée dans les conditions suivantes : le 26 Février 1896, une femme de trente ans est prise de coliques hépatiques, le 1er Mars elle est atteinte d'un ictère complet qui se forme rapidement, s'accompagne d'accidents graves, de rétention, et détermine M. Gingeot à appeler M. Delbet pour intervenir.

L'opération est décidée et pratiquée le 19 Mars. M. Delbet trouve une vésicule rétractée, un cholédoque libre, et songeant qu'il pourrait s'agir d'un rétrécissement sur l'ampoule de Vater, il pratique la cholécystentérostomie qui est suivi d'un succès immédiat et définitif.

Je ne saurais trop insister sur l'excellence de cette rapidité dans l'intervention, dont on ne saurait assez louer le médecin et le chirurgien. Souvent, en effet, on opère trop tard; on ne se base pas assez exclusivement sur la gravité des accidents sans tenir compte de leur durée.

Il y a dix-mois, j'ai opéré une femme atteinte d'accidents hépatiques depuis six mois, d'ictère noir depuis quatre mois, et de fièvre allant à 40 degrés depuis un mois. L'état était tel que toute grosse intervention était impossible, et je dus me contenter d'établir une fistule biliaire.

Enfin, M. Delbet fait remarquer que dans son cas il n'y a pas eu d'infection ascendante consécutive; c'est, d'ailleurs, la seconde observation de ce genre qu'il publie.

M. Terrier. En cas de chirurgie biliaire, il faudrait toujours pratiquer l'examen bactériologique de la bile. La grosse question est de connaître les rapports qui pourraient exister entre la sécrétion et l'infection de la bile.

Quand il y a infection par angiocholite, la bile reste infectieuse, comme j'ai pu m'en assurer chez 3 malades qui conservent la fistule biliaire que je leur ai pratiquée et que je ne puis encore refermer précisément à cause de l'infection de la bile.

M. Routier. Chez un malade, après avoir établi pour lésion d'angiocholite une fistule biliaire, j'ai fait, pour amener l'occlusion de cette dernière, une cholécystentérostomie, dont le succès a été immédiat et s'est maintenu sans infection secondaire ascendante. En raison d'adhérences, c'est dans le colon que j'ai abouché la vésicule.

M. Quénu. Je suis intervenu dans 2 cas d'infection biliaire. L'un de mes malades était dans un état général très grave; j'ai dû lui pratiquer une cholécystogastrostomie. La mort est survenue le sixième jour par collapsus.

Dans le second cas, j'ai pratiqué une fistule biliaire cutanée. Ça a été une véritable résurrection. La bile paraissait normale, mais elle contenait du bacterium coli.

M. Michaux. J'ai opéré une jeune femme de vingt-quatre ans, pour des accidents biliaires, survenus à la suite d'une couche. J'ai trouvé un kyste hydatique suppuré, une cholécystite suppurée et deux petits abcès voisins intrahépatiques. Le pus du kyste était amicrobien, celui de la vésicule et des abcès voisins contenait du pneumocoque.

De l'extirpation du ganglion de Gasser. — **M. Poirier.** L'extirpation du ganglion de Gasser passe pour une opération d'une difficulté extrême. Pour être difficile, je crois cependant qu'elle n'est pas au-de-sus des forces d'un chirurgien doublé d'un anatomiste, et qu'elle peut même être exécutée assez rapidement.

J'ai eu l'occasion récemment de la pratiquer, et à ce propos, j'ai eu recours à un procédé, dont les grands traits ne me sont pas personnels, mais qui peut m'appartenir par quelques côtés de détails.

Le but que j'ai cherché à atteindre est d'arriver sur le ganglion par la voie temporale, à l'exemple de Doyen. On taille un lambeau cutané temporal semi-circulaire, à base supérieure qu'on relève; on réséque l'os malaire et l'arc zygomatique, on détache le temporal de ses insertions coronoïdiennes, et on le relève en haut. La fosse temporale était mise à nu, on la trépane près de la base, on relève le cerveau avec un écarteur flexible, auquel on donne une forme appropriée aux circonvolutions qu'on veut soulever, et on arrive ainsi assez facilement jusqu'au ganglion.

L'extirpation du ganglion est assez aisée; il se détache bien de partout, si ce n'est au niveau de la branche ophtalmique.

M. Chaput. — Je voudrais faire quelques réserves sur la facilité et même sur la possibilité de l'opération que vient de nous décrire M. Poirier.

Il y a deux ans, j'ai fait des recherches sur le cadavre

pour étudier l'ablation du ganglion de Gasser, d'après le procédé de Doyen.

J'ai constaté qu'il était facile de trouver le nerf maxillaire inférieur, mais il n'en était pas de même du ganglion de Gasser, qui était très difficilement accessible, malgré une large brèche crânienne analogue à celle de M. Poirier. Je pus seulement réséquer l'origine des nerfs maxillaires inférieur et supérieur; mais il me fut impossible d'enlever la totalité du ganglion de Gasser, à plus forte raison le tronc du trijumeau et celui de l'ophtalmique que M. Poirier déclare pouvoir enlever sans trop de difficultés!

Je disséquai alors quatre ganglions de Gasser par leur face supérieure après avoir enlevé la voûte crânienne et le cerveau.

Je pus me convaincre de la difficulté de cette dissection. Le ganglion de Gasser est en effet un organe aplati mesurant à peu près à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2, très adhérent à la dure-mère, et d'un tissu très mou. Pour l'isoler de sa gangue fibreuse, il faut environ dix minutes ou un quart d'heure lorsqu'on opère comme je le faisais à ciel ouvert, et avec un bon bistouri.

J'ajouterai que le ganglion de Gasser est très voisin du sinus caverneux et du nerf moteur oculaire externe, que la blessure de ces deux organes est très possible au cours d'une opération chirurgicale et que les conséquences en seraient probablement désastreuses.

Je serais très désireux que les auteurs qui prétendent enlever le ganglion de Gasser en totalité pussent m'en présenter un, complet, avec le tronc du trijumeau et l'origine des trois nerfs qui en partent. Il faudrait naturellement, qu'après avoir exécuté l'opération sur le cadavre, on pût vérifier, par une dissection soigneuse, si l'ablation a été véritablement exacte et complète.

Tant que cette preuve n'aura pas été faite, je mettrai en doute l'exactitude des ablations complètes du ganglion de Gasser.

Pour me résumer, je crois que l'ablation complète du ganglion de Gasser est à peu près impossible, et je n'ai, pour ma part, nulle envie de l'essayer sur le vivant.

M. Terrier. J'ai fait l'extirpation du ganglion de Gasser sur le cadavre, et sans dire que l'opération est extrêmement difficile, je ne la crois pas aisée. On arrive assez bien sur le ganglion, on le décolle en bas aisément, mais il tient si bien par sa partie supérieure et postérieure qu'on peut dire qu'il est impossible de l'extirper en totalité.

Gastrostomie. — **M. Quénu** présente un malade auquel il a pratiqué une gastrostomie pour une œsophagite avec spasme. Le jour de l'opération, le malade ne pesait plus que 39 kilos. Actuellement il a augmenté de 8 kilos.

Ascite suppurée. — **M. Nélaton** présente une malade à laquelle il a fait une laparotomie pour des phénomènes péritonéaux graves. Il a trouvé un épanchement purulent, sans odeur, de plus d'un demi-litre et non circonscrit. La malade a guéri et a subi ensuite l'hystérectomie vaginale pour lésions annexielles.

M. Nélaton insiste sur cette sorte d'ascite suppurée, compliquant des lésions annexielles et dont la rareté ne doit sans doute pas être très grande.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 Juillet 1896.

Note sur l'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique. — **M. Hanot**. L'augmentation de volume du foie dans la cirrhose hypertrophique est le résultat d'un processus complexe : d'un côté, apparition de tissu anormal composé d'anneaux fibreux; d'un autre côté, travées hépatiques hypertrophiées par places et tendant à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite nodulaire.

J'ai fait récemment, dans mon service, l'autopsie d'un sujet mort accidentellement dans le cours d'une cirrhose hypertrophique, et j'ai rencontré, en dehors des lésions indiquant une sclérose annulaire et périveineuse, un grand nombre de lobules composés de trabécules irréguliers à cellules hépatiques modifiées.

Il y a là un processus de régénération du tissu hépatique.

Cette régénération se fait tantôt par hyperplasie régulière, tantôt par hyperplasie irrégulière. Par hyperplasie régulière, j'entends la production de lobules composés de cellules hépatiques ordinaires et de trabécules présentant l'ordination radiée normale; par hyperplasie irrégulière, la formation de lobules composées de cellules modifiées et de trabécules présentant une direction plus ou moins flexueuse.

Quant à la cause, en vertu de laquelle, le processus de compensation est plus intense dans certains foies alcooliques, moins intenses dans d'autres, je suis porté à admettre un état préalable originel, idiosyncrasique de la cellule hépatique, réagissant d'une façon différente de la réaction habituelle, sous une même influence morbifique.

Un cas d'hypothermie remarquable au cours d'une hépatite subaiguë d'origine toxique. — **M. H. Claude**. Un homme de vingt-cinq ans est apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême. Il est tombé sans connaissance sur la voie publique. Il peut à peine répondre aux questions qu'on lui pose. La figure est très pâle, les yeux sont cernés, la peau est froide, marbrée de plaques violacées, les extrémités cyanosées, le pouls est imperceptible, les battements du cœur sont à peine entendus. La température prise dans le rectum, le thermomètre étant enfoncé profondément, nous constatons alors par deux fois, à deux heures et demi de l'après-midi, que l'instrument, éprouvé et contrôlé, marque 33°,8. Sous l'influence d'une thérapeutique active, à huit heures du soir, la température rectale monte à 35°,9. La faiblesse est très grande, le pouls imperceptible.

Le lendemain, la température est de 37 degrés. On apprend du malade qu'il a subi quelque temps auparavant un commencement d'intoxication grave par des vapeurs d'acides minéraux. Ayant abandonné le métier qui nuisait à sa santé, il a vécu assez misérablement, ne souffrant pas de la faim, mais prenant une alimentation mauvaise.

On constate une légère teinte subictérique, une diminution notable des urines, avec albumine, urobiline, hypoazoturie. Les selles sont décolorées, glaireuses, le foie est douloureux spontanément et à la pression.

Les jours suivants, la température remonte, dépasse la normale, allant même un jour à 40 degrés; mais l'état général est meilleur, les urines deviennent plus abondantes, le taux de l'urée remonte, la réaction des pigments biliaires apparaît. Au bout de trois semaines, le malade entrait en convalescence, les forces revenaient, l'albumine et l'urobiline disparaissaient, le foie restait un peu gros. Enfin au bout de deux mois, le malade quittait l'hôpital. L'examen bactériologique du sang fut négatif.

La cause de tous ces accidents paraît relever d'une altération hépatique : la sensibilité du foie, la teinte subictérique, la décoloration des selles, la diminution des urines, l'hypoazoturie, l'urobilinurie, tous ces faits indiquent une lésion profonde du foie. Il semble que l'intoxication minérale, subie antérieurement, ait déjà altéré le foie ou l'ait prédisposé à une nouvelle intoxication probablement d'origine gastro-intestinale survenant alors; la cellule hépatique était profondément atteinte dans sa vitalité et des symptômes d'insuffisance hépatique se déroulaient tout à coup. Mais le foie malade répara ses lésions, la cellule hépatique reprit sa fonction et l'hépatite disparut complètement, en apparence, tout au moins.

Les rayons de Rœntgen appliqués à l'étude du rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique. — **M. Achard** présente des photographies obtenues au moyen des rayons de Rœntgen et montrant les altérations du squelette des pieds chez un sujet atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique. Ce malade avait eu plusieurs blennorrhagies et chaque atteinte s'était accompagnée d'une poussée articulaire nouvelle. Actuellement, les pieds présentent des déformations considérables, surtout le pied gauche, dont le gros orteil recouvre les orteils voisins. De plus, il existe, de chaque côté, un point douloureux, très limité, à la partie antérieure du premier espace interosseux. L'exploration, par le palper, ne révèle rien en ce point, mais la photographie par les rayons de Röntgen explique cette douleur, en montrant qu'il existe, en ce point précis, une végétation ostéophytique qui se détache du premier métatarsien.

Les articulations ne sont donc pas seules intéressées dans ce rhumatisme chronique blennorrhagique ; les os, le périoste le sont également. On trouve, d'ailleurs aussi, chez ce malade, des tuméfactions de l'extrémité inférieure du cubitus, surtout du côté droit.

Enfin, ce n'est pas la seule forme de rhumatisme blennorrhagique qui puisse produire des lésions osseuses, et M. Achard a récemment observé une jeune femme qui, à la suite d'une arthrite blennorrhagique du genou, a conservé une hyperostose générale du fémur.

Phlébite fibro-adhérente des sinus de la dure-mère chez un nourrisson. — **M. Marfan**. Un nourrisson est élevé au sein jusqu'à deux mois ; à cet âge, il est soumis à un allaitement très mal réglé ; la diarrhée apparaît, séreuse et tenace ; quelques jours après le début de la diarrhée surviennent des convulsions, de la rigidité des membres et la tête commence à augmenter de volume. Peu à peu, se constitue une hydrocéphalie considérable et l'œil droit s'atrophie[1]. L'enfant succombe, âgée de treize mois, à une broncho-pneumonie compliquée de varicelle.

A l'autopsie, on trouve, avec une hydrocéphalie ventriculaire considérable, une phlébite fibro-adhésive, oblitérante, du pressoir d'Hérophile, du sinus caverneux du même côté. Celui-ci était réduit à un cordon fibreux.

La phlébite adhésive des sinus est très rare ; je n'ai pu trouver une observation absolument identique à celle que je présente. Probablement, au début, il s'est produit une thrombose des sinus et l'enfant, ayant survécu plus de dix mois, cette thrombose a évolué, comme dans la phlébite vulgaire des membres; une végétation fibreuse s'est substituée au caillot oblitérant.

L'effet de cette phlébite oblitérante des sinus a été une hydrocéphalie ventriculaire considérable; je rappelle que Barrier a rapporté plusieurs cas de tubercule du cervelet comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphalie chronique. Il faut noter aussi l'atrophie progressive du globe oculaire droit, en rapport avec l'oblitération du sinus caverneux du même côté.

L'origine de la phlébite me paraît résider dans la gastro-entérite. On sait, en effet, que les diarrhées graves, aiguës ou chroniques, sont parmi les causes de la thrombose des sinus chez le nourrisson.

Ce cas apporte donc un appui aux inductions que j'ai posais dans une leçon récente; il montre un des mécanismes par lesquels les gastro-entérites peuvent engendrer des lésions chroniques des méninges et de l'encéphale.

Angine avec éruption scarlatiniforme. — **M. Parrand** donne la description d'une petite épidémie d'angines qu'il vient d'observer. Ces angines s'accompagnaient d'éruptions scarlatiniformes, et le diagnostic différentiel n'aurait pu se faire, sans la présence d'une desquamation spéciale, respectant les membres.

Pepsinurie normale et pepsinurie pathologique. — **M. Gouraud** lit une note de **M. Robin** sur la pepsinurie normale et pathologique. Cette étude démontre que la richesse de l'urine en pepsine présente des variations très grandes. A l'état de santé, cette richesse plus ou moins grande est liée à l'alimentation ; elle est maxima lorsque le sujet est à jeun ; elle est nulle après les repas. A l'état pathologique, la formule est généralement inverse, mais subit des variations considérables suivant l'état gastrique du sujet en expérience.

Toxicité de l'acide borique. — **M. Catrin** rapporte une observation d'intoxication par l'acide borique. La dose avait été de 40 grammes en solution aqueuse, administrée par la voie rectale. Des expériences sur les lapins démontrèrent de plus que l'acide borique n'a pas l'innocuité que l'on s'accorde à lui attribuer.

M. Marfan fait remarquer, à ce sujet, que le borate de soude, qui est employé à hautes doses dans le traitement de l'épilepsie, provoque parfois des accidents gastriques assez intenses pour faire cesser l'administration de ce médicament.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

4 Juillet 1896.

Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. — **M. Griffon**. — J'apporte à la Société quatre observations de lithiase biliaire, reconnue seulement à l'autopsie, où l'ampoule de Vater renfermait un ou plusieurs calculs plus ou moins volumineux, sans que pendant la vie on ait pu constater de crises douloureuses notables, ni la moindre poussée d'ictère. L'un de ces quatre cas a déjà été publié, en collaboration avec M. Widal, dans les Bulletins de la Société, au point de vue de l'abcès hépatique que présentait le foie. Deux autres pièces, que voici, rappellent celle que M. Bernard a apportée à la dernière séance. Un calcul, du volume d'une noisette, est enchatonné dans l'ampoule de Vater et fait dans le duodénum une saillie conique, au sommet de laquelle on perçoit la caroncule de Santorini.

Le quatrième cas est véritablement curieux. Un gros calcul conique fait, dans la cavité duodénale, une saillie qui rappelle un gland, percée à son extrémité par une ouverture dilatée de l'ampoule de Vater, ce qui complète l'analogie en simulant le méat. Au-dessus de ce volumineux calcul est un resserrement qui le sépare d'un autre gros calcul sus-jacent, cylindrique et saillant dans la paroi duodénale. La ressemblance avec le pénis est complète.

Béance du cholédoque dans le cancer du pancréas. — **M. Griffon**. En regard des faits précédents où, malgré l'obstruction apparente des voies d'excrétion de la bile, l'ictère a fait totalement défaut, j'ai observé un cas de cancer de la tête du pancréas, diagnostiqué pendant la vie, avec poussées de fièvre et ictère, accusé; à l'autopsie, le cholédoque, au lieu d'être rétréci dans son passage à travers la tumeur ainsi qu'il était en droit de l'espérer, a été trouvé largement béant du fait de la rigidité de ses parois intimement adhérentes à la tumeur.

Autopsie d'un cas d'idiotie. — **M. Mettetal** présente les pièces provenant d'un cas d'idiotie. Les principales lésions consistaient en une synostose des deux os pariétaux. La suture fronto-pariétale n'était pas ossifiée; on constatait, en outre, une pachyméningite généralisée à toute la dure-mère encéphalique et de l'atrophie des circonvolutions cérébrales, surtout du côté de l'hémisphère droit.

Cancer généralisé, avec médiastinite. — **M. Raymond** présente l'observation d'une femme, morte dans le service de M. Chauffard, des suites d'une pleurésie double, rebelle à tout traitement. M. Chauffard se fondant sur des signes de médiastinite posa le diagnostic de pleurésie symptomatique d'une dégénérescence cancéreuse de médiastin. L'autopsie vérifia cette assertion. Nous avons trouvé, en effet, un cancer double du thymus avec des noyaux métastatiques dans l'ovaire.

Hydrosalpinx et kyste hydatique. — **M. Mery** présente deux grosses trompes kystiques enlevées par laparotomie à une femme de trente-neuf ans, par M. Schwartz.

L'intérêt clinique de cette présentation est la coexistence, chez cette malade, d'un hydrosalpinx double

1. La première partie de cette observation a été donnée dans la leçon de M. Marfan parue dans ce journal le 10 Juin 1896, n° 30, p. 234.

une tumeur de la région lombaire gauche. Cette dernière tumeur, du volume d'une noix, était située profondément dans le tissu cellulaire de cette région ; elle était fluctuante, mobile, peu douloureuse. A l'opération, on trouva un kyste hydatique et, se conformant à la loi de Nélaton, on fit secondairement, pour la collection pelvienne concomitante, le diagnostic de kyste hydatique du petit bassin.

Sur la laparotomie, on trouva deux trompes dilatées du volume d'une orange, en forme de cornemuse, solidement adhérentes et presque incluses par des brides et des restants de pelvi-péritonite ancienne; elles englobaient l'utérus et recouvraient intimement les deux ovaires du kystique. Le contenu de ces trompes, fermées à leurs deux ces abdominal et utérin, était un liquide citrin, fluide, albumineux. La paroi de ces poches présente deux ou trois diaphragmes ou cloisons incomplètes à sa face interne; elle est excessivement mince et presque transparente, d'aspect blanc jaunâtre; la musculaire paraît dégénérée et cirrhotique: la muqueuse épaisse de 2 millimètres blanchâtre, élastique, comme lisse et lavée à sa face interne; elle se décolle par sa face externe assez facilement de la précédente et s'enroule ensuite sur elle-même à la façon d'une membrane hydatique.

Arrêt de développement des doigts. — **M. Mouret** a observé sur un fœtus de six mois un arrêt de développement des quatre doigts de la main droite, le pouce seul avait son développement normal. Au point de vue microscopique, le métacarpien est ossifié, les phalanges sont représentées par un petit nodule composé d'un tissu fibrillaire, non vasculaire, entouré d'une mince zone cartilagineuse.

Kyste hydatique rompu du foie. — **MM. Legueu et Diriart** rapportent l'observation d'un individu ayant reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. La mort survint quelques heures après. A l'autopsie, on trouva un énorme kyste hydatique du foie, rompu et rempli de caillots sanguins. L'hémorrhagie s'était faite dans la poche.

Épithélioma primitif tubulé du rein avec envahissement de l'uretère. — **M. Weinberg** présente une tumeur du rein opérée par M. Gérard-Marchant. Le rein a deux ou trois fois son volume normal. La surface est irrégulière, bosselée surtout près du hile. Sur la coupe, on voit un placard fibro-muqueux central irrégulièrement rayonnant vers la périphérie. Entre les travées fibreuses se trouve la matière jaunâtre disposée en lobes irréguliers. Ces lobes néoplasiques sur la tumeur fraîche étaient de couleur jaune pâle, rappelant assez bien la graisse, n'en ayant pas le reflet brillant. Pas de végétations dans la veine rénale. Au contraire, on trouve une végétation néoplasique pédiculée dans l'uretère très dilaté à ce niveau.

L'examen histologique a montré que la tumeur est formée par des tubes de nouvelle formation enchevêtrés dans tous les sens et tapissés par des cellules irrégulièrement cylindroïdes, absolument claires, contenant souvent de la graisse et toujours du glycogène.

Le parenchyme rénal a presque complétement disparu ; on n'en trouve que des traces insignifiantes que tout à fait à la périphérie, sous la capsule fibreuse du rein.

Lipome kystique de la cuisse et carcinome de la prostate. — **M. Griffon** communique au nom de **M. Gervais de Rouville** une observation de volumineux lipome kystique de la cuisse et un cas de carcinome de la prostate chez un chien.

R. Marie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

7 Juillet 1896.

Strabiques traités par l'avancement musculaire. — **M. Vignes.** Je vous présente une fillette qui était atteinte d'un strabisme convergent de 17 degrés et chez laquelle j'ai pratiqué l'avancement du muscle droit externe. Vous voyez que le résultat est excellent. J'aurais désiré vous faire examiner d'autres opérés pour vous montrer plus nettement l'avantage de l'avancement musculaire sur la ténotomie. Vous verrez sur les schémas que je vous soumets les différences qui existent suivant que l'on fait la ténotomie ou l'avancement. Dans ce dernier cas, on peut même obtenir un champ de regard absolument normal, alors qu'avec la ténotomie il est toujours limité. En outre, chez les sujets qui ont subi l'avancement, les exercices stéréoscopiques donnent de meilleurs résultats au point de vue de la récupération de la vision binoculaire.

M. Oger de Spéville. Chez la petite malade de M. Vignes il existe, comme d'ailleurs chez la plupart des malades auxquels on fait l'avancement musculaire, un bourrelet saillant. On peut l'éviter dans une certaine mesure en faisant l'excision du repli conjonctival avant de nouer les fils.

M. Abadie. Je suis moins exclusif que M. Vignes dans le traitement chirurgical des déviations strabiques. Je suis persuadé que l'on peut, dans les strabismes inférieurs à 20 degrés, obtenir un bon résultat avec l'avancement musculaire, mais c'est une opération plus compliquée que la ténotomie qui donne dans ce cas là d'excellents résultats et qui n'a pas en outre l'inconvénient de laisser de cicatrice. La question du champ du regard a peu d'importance, car ce que le malade réclame, c'est, avant tout, un résultat esthétique. Dans les strabismes un peu forts, je ne comprend plus l'avancement musculaire seul; dans ces cas, il faut absolument recourir à l'avancement combiné avec la ténotomie. Il est d'ailleurs théoriquement irrationnel de faire l'avancement, c'est comme si l'on pratiquait le raccourcissement du muscle antagoniste au lieu de la section du tendon rétracté dans le cas de pied bot. Pratiquement, l'avancement seul ne m'a pas donné des résultats satisfaisants, et j'ai eu l'occasion de constater les mêmes insuccès chez des malades opérés par mes confrères. Il faut toujours recourir à la combinaison de l'avancement avec la ténotomie. On a reproché à la ténotomie de déterminer un renfoncement de la caroncule, mais on peut l'éviter facilement en mettant un point de suture sur la conjonctive du côté du muscle ténotomisé. Dans un récent travail, Valude préconise la section médiane et longitudinale de l'extrémité du muscle pour éviter que les fils coupent le tissu musculaire; mais c'est là une complication nouvelle, et, pour ma part, je n'ai jamais vu mes fils couper les tissus. Quant à l'avancement capsulaire, je ne crois pas à son efficacité. Si l'on n'agit pas simultanément sur le muscle, on n'obtient rien ou presque rien. On peut s'en convaincre lorsqu'on cherche à redresser d'anciens strabismes paralytiques. Lorsque le muscle est paralysé et que, par conséquent, on n'agit, en somme, que sur la capsule, l'effet obtenu est nul.

M. Parent. Je suis étonné d'entendre dire à M. Abadie qu'il n'a jamais vu les fils couper le muscle. Ces déchirures sont très fréquentes et je vous rappelle le procédé indiqué par Mottais pour les éviter. Je ne crois pas qu'il faille faire fi de l'avancement musculaire, car l'intégrité de la convergence a bien son importance.

M. Gorecki. Pour éviter la déchirure du muscle par le fil, je fixe l'œil au moyen d'un fil passé dans la peau de la tempe.

M. Jocqs. En ayant soin de prendre à la fois le muscle et la conjonctive on évite la déchirure. Dans un cas de déviation paralytique, j'ai pu obtenir un redressement parfait par l'avancement seul avec résection de la capsule.

M. Chevallereau. L'opération du strabismie a un double but : l'un, qui est le rétablissement de la vision binoculaire, est aléatoire et très rarement atteint, l'autre, qui est purement esthétique, est le plus fréquemment recherché ; aussi faut-il avant tout proscrire les opérations comme l'avancement qui laissent après elles des cicatrices.

M. Vignes. Contrairement à MM. Abadie et Chevallereau, je considère l'intervention opératoire dans le strabisme comme ayant un but fonctionnel. L'avancement est souvent infidèle, mais il ne faut pas lui demander plus de 17 à 22 degrés. Si la déviation dépasse 25 degrés, il faut faire un double avancement portant sur les deux yeux. Dans les anciennes paralysies, j'ai obtenu le redressement du strabisme de plus de 25 degrés par un simple avancement.

De l'ignipuncture; ses avantages dans les ulcères de la cornée et principalement dans les complications cornéennes de l'ophtalmie purulente. — **M. Abadie** lit un rapport sur un travail de **M. Lakah** (d'Alexandrie).

L'ignipuncture a tout d'abord été introduite dans la thérapeutique oculaire pour agir sur les ulcères infectieux de la cornée. Abadie appliqua le premier ce mode de traitement aux complications cornéennes de l'ophtalmie purulente. M. Lakah a employé cette méthode en Egypte, où les cas d'ophtalmie purulente sont nombreux. Ses observations démontrent nettement l'heureux effet de l'ignipuncture. Par contre, les injections sous-conjonctivales, qui sont efficaces dans les ulcères infectieux, ne le sont pas dans les ulcérations dues au gonocoque.

M. Gorecki. L'eau chlorée donne de très bons résultats dans les ulcères de la cornée et dans les ulcérations consécutives à l'ophtalmie purulente.

M. Parent. Il est possible que l'action de l'ignipuncture résulte de l'effet produit par la chaleur sur les microorganismes. Peut-être pourrait-on se contenter d'approcher la surface incandescente de la plaie pour la mettre en contact avec elle. On sait que certains microbes sont plus sensibles que d'autres à l'action de la chaleur.

M. Abadie. Je crois comme M. Parent que l'ignipuncture agit surtout par la chaleur rayonnante, et j'ai été surpris de voir que les leucomes succédant à ces ulcères infectieux, modifiés par le thermocautère étaient toujours moins graves que les autres.

V. Morax.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

9 Juillet 1896.

Du siège et de la spécificité du gonocoque. — **M. Pichevin.** Autrefois le vagin était considéré comme le siège constant de la blennorrhagie, mais les travaux de Bumm conclurent à la présence habituelle du gonocoque, dans l'urèthre et dans le col utérin. Depuis, différentes statistiques sont venues démontrer la vérité de cette opinion ; Diday et Doyon croient même que la blennorrhagie utérine est de beaucoup la plus fréquente. Wertheim résume et précise les constatations précédentes, en déclarant que la localisation du gonocoque au col utérin se fait par infection directe.

Quant à la spécificité du gonocoque, elle paraît aussi nettement établie à l'heure actuelle. Certaines assertions de Bumm et de Wertheim avaient pu soulever des doutes à ce sujet, mais aujourd'hui le gonocoque apparaît comme un microbe pyogène, infectant directement l'organisme. Il se généralise par la voie sanguine et persiste longtemps à la surface des muqueuses. Le diagnostic bactériologique s'établit d'abord par l'examen direct sur lamelle qui décèle sa forme en grains de café accolés deux par deux, son groupement en amas, son siège intracellulaire et sa décoloration par le Gram. De plus, ses cultures ne réussissent pas sur les milieux ordinaires : il réclame pour se développer des milieux spéciaux, tels que le sérum-agar. Enfin son inoculation a été positive dans bien des cas, notamment ceux de Bumm et Wertheim.

Le diagnostic bactériologique doit reposer non pas sur la constatation d'un seul de ses caractères, mais sur celle de leur ensemble.

Le gonocoque apparaît dès lors bien nettement, comme l'agent spécifique de l'infection blennorrhagique.

M. Porak. Existe-t-il un procédé, permettant de reconnaître cliniquement la présence du gonocoque, chez une femme offrant de l'infection des voies génitales? Le gonocoque persiste-t-il dans les infections chroniques, ou bien n'est-il qu'un organisme de passage, capable seulement d'ouvrir la voie aux microbes de la suppuration.

M. Doléris. Les plus récents travaux de Wertheim établissent que le gonocoque est capable d'attaquer l'utérus dans ses diverses couches, de même que les trompes et l'ovaire. Si, dans certaines salpingites durables, on rencontre d'autres bactéries, je n'hésite pas néanmoins à attribuer au gonocoque les accidents aigus de la première heure.

M. Pichevin. Pour établir la persistance du gonocoque au point infecté, je citerai un cas dans lequel j'ai retrouvé ce diplocoque dans le col, six ans après la contamination. C'est toujours au niveau du col utérin qu'il faudra le rechercher d'une manière spéciale, bien qu'on puisse le rencontrer dans l'urèthre, aussi bien chez la femme que chez l'homme.

M. Petit. Les caractères du gonocoque sont si peu précis, qu'on voit fréquemment des doutes s'élever à son sujet dans les questions de médecine légale. Parmi ses caractères, c'est surtout sa forme qui paraît la plus nette. J'insisterai particulièrement sur ce fait, qu'on le rencontrera de préférence, en examinant les sécrétions utérines, dans les deux jours qui suivant la menstruation.

M. Valency présente un appareil permettant de prendre les injections dans le décubitus dorsal.

M. Petit présente un nouveau pessaire intra-utérin, pouvant servir au drainage de l'utérus, à la dilatation du col sténosé dans les flexions de cet organe.

R. Mercier.

VI[e] CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Kieff.

Ce congrès, ouvert le 3 Mai, a été marqué par un très grand nombre de communications, dont nous nous bornerons à rapporter les plus intéressantes.

Nous croyons devoir signaler, tout d'abord, les résultats des recherches de **Dolgoff** sur le **diazoréaction d'Erlich dans la fièvre typhoïde.** Les observations recueillies par l'auteur dans la clinique du professeur Tritschele sont au nombre de 133. Elles ont amené Dolgoff à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans toute fièvre typhoïde, d'une durée de trois semaines, la *diazoréaction* s'observe très nettement dans la majorité des cas; cependant elle peut manquer, mais le fait est très rare. Elle est surtout manifeste entre le septième et le huitième jour de la maladie, et disparaît le plus souvent trois à cinq jours avant la chute de la température.

2° Dans toute fièvre typhoïde ayant duré trois à cinq semaines, la réaction ne manque jamais; elle est surtout évidente à la fin de la deuxième ou au commencement de la troisième, et disparaît ordinairement cinq à neuf jours avant la chute de la température; mais, dans les cas graves, elle persiste jusqu'à un ou deux jours après.

3° Lorsque la fièvre typhoïde a une durée de plus de de cinq semaines, la diazoréaction est toujours très nettement prononcée, principalement à la fin de la deuxième semaine, et elle disparaît quatre à neuf jours avant la chute de la température.

4° Lorsqu'il y a rechute, la réaction apparaît de nouveau, et son intensité est en rapport avec la gravité de la rechute.

5° La diazoréaction ne se produit que dans les complications déterminées, par exemple, dans la péritonite purulente. Sa courbe a un type bien défini, semblable à celui de la courbe de la température : ascendante, stationnaire, descendante ; la marche est progressive sans oscillations brusques.

5° Cette réaction est un phénomène constant de la dothiénentérie; elle ne fait défaut que dans 1 pour 100 des cas.

7° La durée correspond à celle de la fièvre, mais, dans la grande majorité, elle est quelque peu inférieure.

8° L'intensité et la durée de cette réaction sont impor-

tantes pour le pronostic : dans des cas graves, elle est très manifeste, et a une longue durée; elle peut être également intense dans des cas légers, mais alors elle est de courte durée.

9° La quantité de substance qui détermine la diazoréaction est en proportion directe avec la gravité et la durée de la maladie.

En somme, pour Dolgoff, la diazoréaction est un signe sinon pathognomonique de la fièvre typhoïde, du moins aussi important que les autres symptômes, tels que taches lenticulaires, augmentation de volume de la rate et élévation de température. Mais, comme le rapporteur fait remarquer lui-même, avant de se baser sur la diazoréaction pour affirmer l'existence d'une fièvre typhoïde, il est nécessaire de l'étudier dans d'autres affections telles que la tuberculose miliaire, par exemple, et de spécifier bien nettement ses caractères distinctifs dans chacune de ces maladies. Une autre question se pose : quelle est la substance qui détermine la diazoréaction? Dolgoff a fait, à ce sujet, des recherches dont les résultats ne peuvent pas encore être considérés comme définitifs. Il a réussi à obtenir cette substance sous la forme d'un acide éthérosulfurique. Elle est, d'après l'auteur, le produit d'un trouble de nutrition, par conséquent, une substance de nature pathologique; elle n'appartient pas à la catégorie des substances pathologiques ordinaires des urines (albumine, peptone, etc.). Son origine n'est pas locale; elle appartient au groupe des matières colorantes de l'urine qui absorbent le rouge et le violet du spectre; elle est précipitable par l'ammoniaque et l'acétate de plomb basique. C'est une substance organique contenant de l'azote; les substances médicamenteuses n'exercent sur elle aucune influence.

Il a été ensuite question de la **sérothérapie dans la syphilis**. D'après **Tarnowsky**, la sérothérapie de la syphilis a consisté jusqu'à présent à injecter à des syphilitiques soit du sérum d'animaux parfaitement bien portants, soit du sérum de syphilitiques, soit enfin du sérum d'animaux auxquels on avait inoculé préalablement la syphilis. C'est sur ce dernier point qu'ont porté les recherches de l'auteur. On sait que, jusqu'à l'heure actuelle du moins, on ne connaît pas encore d'animal inoculable par du virus syphilitique, et l'on peut se demander si jamais on en trouvera un. Tarnowsky prétend l'avoir trouvé dans le poulain. Il s'est servi du sérum de trois de ces animaux, préalablement immunisés, et à fait des injections à six malades dont cinq étaient atteints d'accidents secondaires et de gommes.

La quantité de sérum injecté à la fois, a été de 10 à 20 centimètres cubes et la quantité totale a oscillé entre 140 et 483 centimètres cubes. Le résultat fut absolument nul. Mieux que cela, non seulement les injections de sérum n'ont exercé aucune action favorable sur l'évolution de la maladie, mais encore elles ont déterminé différents troubles, tels que élévation de température, albuminurie, purpura, diminution de poids, etc. Tarnowsky conclut donc à la nullité absolue de toute sérothérapie dans la syphilis.

Notkine a fait ensuite part de ses recherches sur la **physiologie de la glande thyroïde**. D'après cet auteur, ce serait la thyroprotéïne, principe extrait de la glande thyroïde, qui déterminerait l'apparition du myxœdème, et même la mort, lorsqu'elle est accumulée en trop grande quantité dans l'organisme d'un individu atteint de tétanie. En somme, le rôle physiologique de cet organe consisterait à neutraliser, probablement dans le sang même, à l'aide de la thyroantitoxine qu'elle sécrète, des poisons de nature non albuminoïde. Quant à son produit toxique, la thyroprotéine, la glande aurait pour fonction de la recueillir dans le sang, et de la neutraliser par la thyroiodine, substance élaborée par la glande, avec les quantités infinitésimales d'iode contenues dans les aliments.

Motschoutowsky a rapporté ensuite le cas d'une **affection spéciale de l'appendice vermiculaire**.

Il y a six ans, l'auteur fut consulté par un malade âgé de quarante et un ans, très robuste, qui se plaignait de fortes douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, avec nausées, vomissements, diarrhée fréquente, etc. A ce moment-là, le malade était atteint depuis deux semaines environ. Mais, il faut ajouter que depuis douze ans, il souffrait d'un catarrhe gastro-intestinal. A l'examen, on trouva du météorisme, le diaphragme repoussé en haut, de la sensibilité à la palpation dans la région du cœcum; on fit le diagnostic d'inflammation localisée dans la région du cœcum.

Cinq jours après la première visite du médecin, le malade eut des selles sanguinolentes et *rejeta l'appendice vermiculaire tout entier*. Le fait fut démontré par un examen microscopique très complet. L'appendice avait 10 cent. 1/2 de longueur, et rappelait, par son aspect, un doigt de gant; son orifice était dilaté en forme d'entonnoir, et, sur la muqueuse, près du cul-de-sac, se trouvait un petit ulcère perforant. Après cet accident, le malade commença à se rétablir; les selles reprirent leurs coloration et consistance normales. Petit à petit, tous les symptômes disparurent, et cet homme put être considéré comme guéri.

Quelque temps après, ce malade présenta des symptômes d'irritation dans la région du cœcum. Motschoutkowsky lui conseilla de prendre des bains de mer et de se faire électriser. Grâce à ce traitement, il se rétablit complètement et actuellement, six ans après les accidents que nous venons de décrire, il se porte parfaitement bien. En se basant sur ces différents phénomènes, Motschoutkwskoy suppose qu'il s'était développé, en présence d'une gastro-entérite chronique, une inflammation subaiguë dans la région du cœcum et de l'appendice vermiculaire. Cette inflammation avait eu pour résultat l'ulcération et la perforation de ce dernier. La perforation avait, à son tour, déterminé une péri-appendicite suppurée avec écoulement du pus dans le cœcum. La séparation de l'appendice du cœcum avait résulté probablement de la présence, à son embouchure, d'une boulette de matières fécales ayant déterminé un ulcère d'abord, une nécrose ensuite. L'appendice avait ainsi passé à travers le cœcum dans le rectum et, de là, dans les selles.

Taranetzky dit que, malgré l'issue favorable, le cas de Motschoutkowsky démontre d'une façon incontestable la nécessité impérieuse d'intervenir de bonne heure dans les péri appendicites, pour prévenir des accidents graves possibles.

On sait que Lewacheff a préconisé une méthode de traitement des pleurésies exsudatives, consistant à substituer progressivement à l'exsudat une solution physiologique de chlorure de sodium.

Demtschenko critique le procédé Lewacheff. L'ayant essayé dans 5 cas de pleurésie, dont 2 suppurées et 3 séro-fibrineuses, il n'a pas obtenu de résultats brillants : dans les deux premiers cas, le procédé a complètement échoué, et l'on a été obligé de recourir à une thoracotomie; quant aux pleurésies séro-fibrineuses, il n'a donné de bons résultats que dans deux cas. Demstchenko pense que la méthode peut être bonne dans les pleurésies simples, mais elle lui paraît insuffisant dans les pleurésies suppurées.

Il conclut donc en disant que la méthode de Lewacheff est inférieure à la thoracotomie, et que dans les pleurésies séro-fibrineuses, elle peut être employée à côté de la thoracentèse, mais pas avant que les phénomènes aigus n'aient complètement disparu.

Kyssele répond que deux observations défavorables ne sauraient permettre de juger de la valeur du procédé de Lewacheff. Quant à l'opération radicale de l'empyème chez les enfants, elle est très grave, et, pour son compte personnel, elle lui a donné 40 pour 100 de mortalité. Il préfère donc le procédé de Lewacheff, et, quoiqu'il ne puisse pas, pour le moment, formuler son opinion à ce sujet d'une façon définitive, il désirerait que son emploi se répandît le plus possible parmi les médecins.

Une autre communication d'un intérêt un peu spécial a été faite par **Tschije** (de Dorpat), sur le **coït incomplet comme cause de la neurasthénie**. Il en a recueilli 55 observations; le coït incomplet était la cause la plus importante, sinon unique, dans 17 cas, et une des causes de la maladie, dans les 36 autres.

Par quel mécanisme le coït incomplet détermine-t-il les troubles neurasthéniques? La chose est difficile à expliquer. Quoi qu'il en soit, il est certain que ce genre de coït, étant un acte anormal, doit être nuisible à la santé.

Terminons en signalant une communication de **Boukoemsky**, sur **l'anesthésie obstétricale obtenue par les différents anesthésiques**. L'auteur, après avoir indiqué les inconvénients que présente l'emploi du méthylène, du bromure d'éthyle, de la cocaïne etc., a insisté principalement sur l'emploi du chloroforme et de l'éther.

Avec l'éther, le pouls et la respiration ne sont presque pas modifiés, la durée de l'accouchement est généralement diminuée; la contractilité de l'utérus augmente, et son involution se fait plus rapidement; l'ictère des nouveau-nés est plus rare, et la diminution du poids pendant la première semaine est moins grande. Quant au chloroforme, il augmente quelque peu la durée de l'accouchement, mais il est absolument inoffensif, aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Boukoemsky donne la préférence à l'éther, tout en reconnaissant que le chloroforme est également un excellent anesthésique obstétrical.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

M. Neïguebauer a fait, à la *Société de Médecine scientifique et d'Hygiène de Kharkoff*, une communication fort intéressante sur les **leucomaïnes dans les urines des femmes enceintes**. Après avoir indiqué que, d'après M. Repreff, l'accumulation des leucomaïnes est causée par auto-intoxication et par des perturbations dans les échanges organiques, le rapporteur déclare qu'il s'est surtout occupé des urines des femmes dont la grossesse était pathologique. Les leucomaïnes ont été décelées, d'après le procédé de M. Pel; vingt-quatre heures après, toutes les leucomaïnes sont précipitées, mais le précipité contient, en outre, l'acide urique et les substances colorantes de l'urine. Le précipité est, le plus souvent, composé de trois couches : couche supérieure de couleur chocolat sale (surtout abondante dans les urines des individus bien portants), formée des substances colorantes; couche moyenne, de couleur d'ergot de seigle; couche inférieure, de coloration bleuâtre. Ces deux dernières couches subissent des modifications, suivant l'état de santé des individus. Ayant examiné les urines d'une femme enceinte, présentant différents troubles pathologiques (céphalée, troubles nerveux, nausées et vomissements), Neïguebauer a trouvé des quantités assez considérables de leucomaïnes (0,55; 0,625; 0,7[illegible] pour 1000). Les variations étaient en rapport avec l'état de santé, de telle façon que la quantité des leucomaïnes était d'autant plus grande que la santé était plus altérée. En outre, le chiffre des leucomaïnes augmentait ou diminuait, suivant qu'il y avait diminution ou augmentation des produits de décomposition incomplète des substances azotées dans l'économie. Chez une autre femme enceinte en bonne santé, la quantité des leucomaïnes s'était moindre : 0,53. En même temps, les oxydations se faisaient, chez le, mieux que dans le premier cas. Et, en effet, tandis que la proportion de l'azote de l'urée à l'azote total était chez la première femme, de 88 à 100; 85 à 100; 92 à 100, elle était, chez la deuxième, de 92 à 100.

MM. Bouetschenko et **Drynkman** ont fait, ensuite, une communication sur l'**examen du sang après l'ablation de la glande thyroïde**. Les résultats obtenus sur les chiens sont les suivants : 1° Le sang de l'artère fémorale avait plutôt l'aspect du sang veineux, mais sa coagulation se faisait notablement plus vite; 2° le nombre des globules rouges, avant et après l'opération, était, chez quatre chiens, de 53 pour 100 par volume; dans un cas, ce nombre était de 49 pour 100 avant l'opération, et de 46 pour 100,6 après; 3° la quantité de la fibrine augmentait, et cette augmentation était d'autant plus marquée que le sang était extrait plus tard après l'opération. Dans un cas, la quantité de fibrine avait doublé, le troisième jour après l'opération, et quadruplé le dixième; 4° malgré la coagulation plus rapide, la quantité d'eau contenue dans le sang augmentait; 5° Dans les cendres du sang, on a constaté diminution des chlorates et des sulfates; une augmentation des combinaisons phosphatées et ferriques. Ces modifications permettent, d'après les auteurs, d'admettre des modifications de structure chimique des substances albuminoïdes du sang. Les auteurs ont cité, en outre, les conclusions d'un travail fait, sur le même sujet, à Tomsk, par Sakaloff, et qui sont les suivantes : *a*) augmentation du poids spécifique du sang; *b*) augmentation relative du résidu sec du sang; *c*) augmentation des albuminoïdes; *d*) diminution de la quantité absolue du sang; *e*) augmentation de l'hémoglobine; *f*) diminution de l'alcalinité; *g*) augmentation du nombre des globules rouges et blancs.

A la *Société des médecins d'enfants de Moscou*, nous croyons intéressant de signaler un **cas de développement physique précoce, chez une fillette de 5 ans**, rapporté par **Vladimiroff**. L'enfant a été amenée à l'hôpital pour des courbures des extrémités inférieures de nature rachitique. D'après la mère, on n'avait constaté rien de particulier à sa naissance; nourrie au sein, ayant marché à un an, c'est seulement à l'âge de quatre ans et demi qu'elle commença à présenter des phénomènes de développement peu en rapport avec son âge. En effet, la mère s'aperçut, à cette époque, que le pubis se couvrait de poils. Bientôt les seins commencèrent à augmenter de volume. Actuellement, la fillette, âgée exactement de six ans et sept mois, a une taille de 1 centimètres : la circonférence de la tête est de 50, celle de la poitrine de 65, celle de l'abdomen de 59. Son poids est de 27 kilogrammes.

Elle est anémique, mais bien nourrie; la musculature est bien développée. Rien d'anormal dans les viscères. Les organes génitaux sont développés comme chez une jeune fille de quinze à seize ans. Les seins, du volume d'une orange, sont quelque peu tombants; le pubis est recouvert d'un poil assez abondant; les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'hymen, sont développés régulièrement et correspondent à ceux d'une grande jeune fille. L'hymen a la forme annulaire et l'on pourrait passer le bout de l'index à travers son orifice. A veille de son entrée à l'hôpital, la fillette a eu un écoulement d'un liquide sanguinolent, par les organes génitaux, qui a duré quatre jours; cet écoulement n'a déterminé aucun trouble. Ce qu'il y a à noter encore chez cette fillette, c'est l'exagération du sentiment de pudeur, qui n'est pas du tout de son âge : elle se déshabille de mauvaise grâce, à honte de l'examen des seins et des organes génitaux externes. Ajoutons qu'on n'a pas noté d'excitation sexuelle.

Miller fait remarquer qu'à côté du développement sexuel précoce, il faut noter, d'une façon toute particulière, le développement général du corps : les différentes mesures communiquées par Vladimiroff correspondent à celles d'une enfant âgé de onze ans. En outre, on saurait oublier ce fait important que, chez des individus qui présentent un développement sexuel précoce, on a noté un retard dans le développement des facultés intellectuelles.

Notons enfin, à la même Société, une communication d'**Evnine sur l'application de bains chauds dans un cas de méningite cérébro-spinale chez des enfants**. *Premier cas* : Petite fille de six ans. Malade depuis deux mois environ. On trouve, à l'examen, tête rejetée en arrière, peu mobile : température, 39°; pouls petit, 128. Céphalée intense. Bains chauds 30°. Dès les premiers bains, le sommeil de l'enfant devient plus tranquille, la céphalée diminue considérablement, la fièvre persiste encore pendant dix jours, mais finit par disparaître; les douleurs de la nuque diminuent, la mobilité de la tête redevient normale. Deuxième cas

e de dix ans. Mouvements de la tête fort res-
; pression sur les apophyses épineuses des ver-
cervicales et dorsales provoquant des douleurs
violentes; foie débordant d'un travers de doigt.
onction entre la troisième et la quatrième ver-
cervicale amène quelques grammes d'un liquide
e, riche en globules blancs et corpuscules puru-
Bains chauds. Mêmes résultats. Guérison com-
en six semaines. Troisième cas : Petite fille de
ns. Symptômes à peu près les mêmes que dans
s précédents. Résultat obtenu par les bains chauds
s radical; amélioration très notable. Quatrième et
ième cas : Deux fillettes de cinq et de onze ans,
les mêmes symptômes. Température des bains
e à 35 degrés. Guérison complète. L'auteur formule
nclusions suivantes : 1° les bains chauds ne sont
me et dangereux dans les affections cérébro-spi-
; 2° ils exercent des effets sédatifs certains. Ajou-
que le poids de toutes les malades soumises à ce
ment a augmenté notablement; dans un cas, cette
entation s'est élevée à 1 kilogramme.

FORMULAIRE PRATIQUE

Dyspepsie avec dilatation de l'estomac chez les arthritiques (Lereboullet).

Faire fonctionner activement le tégument externe à
e de lotions alcoolisées suivies de frictions sèches
s matin et soir sur toute la surface du corps. Faire
lotions avec un gant de flanelle bien imbibé de vinai-
au thymol ou d'alcool naphtolé et frictionner jusqu'à
fac ion légère du tégument. Prendre tous les 3 ou
rs un grand bain *chaud* (38°) prolongé pendant trois
rts d'heure, dans l'eau duquel on aura fait dissoudre
grammes de cristaux de soude et 4 kilogrammes de
gris.

Faire trois repas par jour. Ne rien prendre dans
ervalle. Déjeuner le matin à 7 heures avec une tasse
hé ou de café noir léger, et 2 ou 3 biscottes ou 2 tran-
minces de pain grillé. Ni lait, ni beurre. — A midi,
ner avec un œuf à la coque ou un œuf brouillé,
iron 100 grammes de poisson au court-bouillon ou le
ade froide, des légumes verts (environ 100 grammes)
n cuits, du fromage (15 à 20 grammes), des fruits
s (25 grammes environ). Ne manger à ce repas que
grammes de croûte de pain ou de légumine. Ne boire
une tasse et demie de thé léger ou deux petits verres
vin blanc coupé d'eau. — Dîner à 7 heures ou 8 heures
c une petite assiette de potage épais, 60 grammes en-
on de poisson bouilli, 100 grammes environ de viande
nche ou noire rôtie ou braisée, mais bien cuite,
grammes de fruits. Ne prendre comme au déjeuner
e 25 grammes de pain et environ 150 grammes de vin
pé d'eau. — Après le déjeuner, prendre une petite
se de café noir non sucré. — Supprimer les ragoûts,
épices, le gibier, la charcuterie, les pâtisseries, les
reries, toutes les boissons alcooliques.

2° Au commencement de chacun des deux principaux
pas prendre une des pilules suivantes :

Sulfate de strychnine.	0 gr. 001
Quassine amorphe	0 01
Extrait de gentiane.	q. s.

Pour une pilule molle. — En faire 30.

Au milieu des deux principaux repas prendre une des
lules suivantes :

Iodure de sodium sec.	ää 0 gr. 10
Benzoate de lithine.	
Extr. hydro-alcool. de fucus vesiculosus.	0 gr. 06
Poudre de savon amygdalin.	Q. S.

Pour une pilule. — En faire 30.

3° Après 15 jours, interrompre ces pilules pendant
jours et les reprendre ensuite.

Conjonctivite.

M. L. Dubat attire de nouveau l'attention sur les bons
ffets des *badigeonnages avec du pétrole brut* dans le
raitement des conjonctivites. Ces badigeonnages feraient
merveille dans les conjonctivites catarrhales et pseudo-
membraneuses, et donneraient de fort beaux résultats
dans la conjonctivite granuleuse aiguë et la conjoncti-
vite purulente.

Les badigeonnages sont faits avec un pinceau imbibé
de pétrole brut. Pour obtenir un effet certain, on doit
toujours retourner les paupières. Dans la conjonctivite
catarrhale, le badigeonnage simple suffit, dans la con-
jonctivite granuleuse, il faudra pratiquer un véritable
brossage de la muqueuse.

Les badigeonnages sont faits deux, quelquefois trois
par jour. Ils ont l'avantage d'agir promptement et de ne
pas provoquer de douleur.

Hypertrophie du cœur pendant la croissance.

M. Labernesse, dont le travail a été inspiré par le pro-
fesseur André, de Toulouse, conseille dans ce cas la
thérapeutique suivante :

Repos physique et moral; macération froide de feuilles
de digitale énervées et pulvérisées, à dose de 5 à 60 cen-
tigrammes, mais sans en prolonger l'emploi; l'iodure de
potassium, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme
par jour et cela pendant plusieurs mois; le muguet, qui
s'accumule peu, sous forme d'extrait aqueux, à la dose
de 1 à 1 gr. 50, ou de convallamarine à la dose de 5 à
10 centigrammes.

On pourra encore employer la caféine, le fer sous
forme de protoxalate de fer, à l'aide de la formule
d'Huchard :

Extrait de quinquina. . . .	
— de gentiane	ää 5 grammes.
— de rhubarbe	
Tartrate ferrico-potassique.	
Extrait de noix vomique. .	50 centigrammes.
Essence de menthe	V gouttes.

Tuberculose vésicale.

L'injection quotidienne dans la vessie préalablement
vidée d'un gramme de la solution suivante est très recom-
mandée par Wittzack :

Lactate de cocaïne	1 gramme.
Eau distillée.	9 —

On peut aussi faire 1 et 2 fois par jour une injection de
1 gramme de :

Lactate de cocaïne	1 gramme.
Eau distillée.	5 —
Acide lactique.	4 —

Expectorant (Rosanoff).

Extrait aqueux de morcesia.	2 à 4 grammes.
Eau	100 —
Sirop simple	30 —

A prendre par cuillerées à soupe de deux en deux
heures.

Coqueluche.

Antipyrine.	3 grammes.
Resorcine médicinale.	1 —
Eau distillée.	100 —
Hydrolat de menthe	10 —

Le premier jour on administre trois cuillerées à café
de cette mixture, le second quatre, le troisième cinq;
le quatrième jour, on suspend le traitement, pour le
recommencer le lendemain, et ainsi de suite.

Répertoire thérapeutique

D'une façon générale, on suppose que le sang, dans sa masse totale, renferme environ 3 grammes de fer. Certains auteurs pensent que cette quantité totale ne peut atteindre 2 grammes et demi, et même 2 grammes. Bunge prétend que l'homme possède 5 litres de sang, avec 500 grammes d'hémoglobine et 1 gr. 70 de fer.

Nous savons aussi que, tous les jours, une certaine quantité du fer de ces globules est dépensée par l'organisme et que cette déglobulisation est compensée par le fer que nous absorbons tous les jours, et qui nous est fourni par les aliments et les boissons. Le fer, en effet, s'unit avec les matières albuminoïdes pour former une combinaison nette et définie. Bunge, le premier, a extrait du jaune d'œuf une combinaison de ce genre, contenant 0,29 pour 100 de fer, qu'il a appelée *hématogène*.

Plus tard, Marfori a retiré cette substance hématogène de différents organes. Schmiedeberg l'a préparée à l'état de pureté, et l'a extraite du foie de porc : il lui a donné le nom de *ferratine*. C'est en effet sous cette forme que nous absorbons le fer dans nos aliments. Les expériences consécutives de Marfori ont démontré aussi que c'est sous cette même forme que le fer, une fois absorbé par l'intestin, se dépose dans les tissus, dans les organes, principalement dans le foie, s'y accumule, constitue une véritable réserve et sert enfin ainsi à la reconstitution journalière du sang.

Schmiedeberg, à la suite de cette découverte, prépara artificiellement une ferratine, analogue en tout point à la ferratine que nous pouvons appeler animale, et qu'il retirait du foie.

Une grosse question surgit ici. Ce fer médicamenteux, cette ferratine artificielle, est-il aussi facilement absorbé par l'organisme que le fer contenu dans les aliments ?

Bunge, d'une façon générale prétendait[1] qu'il doutait fort que les préparations ferrugineuses fussent absorbées. Cette opinion a été fortement réfutée, et de nombreux auteurs sont venus défendre le fer. Macallum prétend que l'absorption de ce corps se fait au niveau de la partie supérieure de l'intestin grêle. La ferratine est entièrement absorbée; expérimentalement, Schmiedeberg a déterminé les conditions d'absorption de la ferratine; il a démontré d'une manière précise que la ferratine artificielle se comportait comme la ferratine animale : il a prouvé que même de fortes doses et un emploi prolongé ne provoquaient aucun trouble digestif, et que même les troubles digestifs, déjà existant dans la chlorose et l'anémie globulaire, qui ont pour conséquence d'augmenter les sulfures alcalins, ces troubles digestifs, disons-nous, sont sensiblement améliorés, car la ferratine semble avoir une influence salutaire, d'une part, en exerçant une action astringente lente, mais régulière, non corrosive, et, d'autre part enfin, en absorbant l'hydrogène sulfuré produit par l'intestin, par la décomposition des matières alimentaires. Bunge, précise lui-même cette théorie, en disant que « le fer médicamenteux est utile pour empêcher la formation des sulfures alcalins. »

C'est donc pour cette raison qu'on doit en administrer des quantités suffisantes de façon à ce qu'il y en ait toujours en excès dans l'intestin. Car c'est aux dépens de l'organisme que, sous l'influence de l'hydrogène sulfuré et des sulfures alcalins de l'intestin, le fer alimentaire se dégagerait de ses combinaisons organiques. Il est constant que la ferratine neutralise les effets des sulfures alcalins et absorbe lentement le gaz hydrogène-sulfuré. Ces effets locaux ont comme conséquence une augmentation de l'appétit et une régularisation des selles. Le fer qui n'a pas été assimilé se retrouve dans les selles (Vincent, Vitzinski, Hamburger, Schmiedeberg), mais il n'augmente pas dans les urines (Becquerel, Jehring, Hamburger); pour la ferratine, l'élimination semble être toute naturelle, elle ne se fait jamais par les reins, qui ne courent ainsi aucun risque.

Il est incontestable enfin que la richesse du sang s'accroît pendant l'absorption expérimentale du fer, que, sous l'influence de cette absorption, la chlorose s'améliore et même guérit. Le fer, en effet, agit sur tout le sang, dont il reconstitue l'hémoglobine et, par suite, le globule rouge. En faisant intervenir le fer, dit Hayem[1], dans les conditions indiquées (traitement de la chlorose, de l'anémie), on compte autant de succès que de cas. Le médecin doit donc prescrire du fer, et on peut dire, enfin, que, dans tous les cas où on doit prescrire le fer, on peut administrer la ferratine, qui peut être, à juste titre, considérée comme un aliment et employée chez l'adulte et chez l'enfant, toutes les fois que l'intégrité du globule sanguin sera en défaut. On n'observera jamais les actions nuisibles des autres ferrugineux; son emploi prolongé ne déterminera aucun trouble du côté des fonctions digestives, et nous ne pouvons mieux faire qu'en répétant ce que Germain Sée[2] a dit, en confirmant les résultats obtenus par Schmiedeberg, et en y ajoutant les siens : l'emploi de la ferratine ne fatigue, en aucune façon, l'estomac, alors même qu'on l'administre pendant des mois »;.. puis il ajoute : elle excite l'appétit et détermine l'amélioration et la régularité des gardes-robes. Qu'il nous soit enfin permis d'ajouter, en terminant, l'opinion de M. Jacquet (de Bâle) qui a collaboré aux expériences sur la ferratine et qui, comme conclusion de son travail, dit ceci : « la ferratine a été bien supportée par tous les malades, même après un traitement de plusieurs semaines; nous n'avons jamais observé aucun symptôme nécessitant une suspension de ce médicament... et enfin aucun trouble dans les selles; augmentation très appréciable de l'appétit, et augmentation de poids; » Il termine en disant : « ...le fait que même après l'ingestion de hautes doses pendant plusieurs semaines, nous n'avons jamais pu observer le moindre trouble des voies digestives et que, même des enfants l'ont bien supporté, nous autorise à dire que nous sommes en présence d'une préparation de grande valeur et, selon toute apparence, de grand avenir pour le traitement des états anémiques. »

Ajoutons à cela le mode d'emploi de la ferratine; il est bon de prendre de 2 grammes à 2 gr. 1/2 de ferratine par jour en 4 ou 5 cachets d'un 1/2 gramme chaque : pour les enfants, 2 cachets suffisent, 3 au maximum.

1. Congrès de médecine internationale (1895).

1. Communication à la Société médicale des hôpitaux, Avril 1895.
2. Académie de médecine, 21 Août 1894.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marsteux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLEREE des PREPARATIONS CREOSOTEES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PEPTO-SANTAL VICARIO

Préparation obtenue par digestion pancréatique, pouvant seule être absorbée à haute dose, la meilleure et la plus active contre les MALADIES des VOIES URINAIRES. Dose : de 6 à 18 Capsules (de 0.20) par jour.

Phar^ie VICARIO 13, B^d Haussmann (près la rue Taitbout), Paris.

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR LE THUYA WUHRLIN

Observations cliniques par les D^rs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borilly, Fuaquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette, PARIS.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — *Échantillon* franco à *MM. les Médecins qui en font la demande.*

22 et 24, PLACE VENDOME

PHOSPHATOSE VAUDIN

PHOSPHATE DE CHAUX PHYSIOLOGIQUE

Complètement Assimilable, tel qu'il existe dans le Lait.

Préparation par excellence pour toutes les affections de l'enfance et de l'âge adulte, dans lesquelles les phosphates sont indiqués : *Troubles de la croissance, Maladies des os, Rachitisme, Maladies des organes respiratoires, Lymphatisme, Convalescences en général, toutes les Tuberculoses, Anémie*, etc. Dans la *Grossesse*, l'*Allaitement*, pendant la *Dentition* et le *Sevrage des enfants*, la PHOSPHATOSE rendra de très grands services.

DOSES :

ADOLESCENTS et ADULTES : 2 à 4 cuillerées à café par jour.
ENFANTS : 1 à 2 cuillerées à café par jour suivant l'âge, délayée dans du lait ou mélangée aux potages.

Détail : Ph^ie VAUDIN, à Fécamp (S.-Inf.) ; Ph^ie LARETONNEAU, 6, R. Marengo, Paris *et dans toutes les Pharmacies.*

Vente en Gros : S^te F^re de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9, R. de la Perle, Paris.

PHOSPHATE DE CHAUX PHOSPHATOSE VAUDIN PHYSIOLOGIQUE

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPECIFIER le nom NESTLÉ *sur leurs ordonnances.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOL. INJECTABLE ; 4° SIROP ; indique dans : NEURASTHENIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1^re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

LACTO-FER du D^r GISCARD

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais. Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

DOSE : 2 à 8 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faub^g Poissonnière.

LISERONINE du D^r DAVYSONN

Remède souverain pour la guérison de la GOUTTE, de la GRAVELLE et des RHUMATISMES GOUTTEUX

Complètement inoffensif pour les voies digestives et les autres organes.

PHARMACIE NORMALE, 19, Rue Drouot, PARIS

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^ie, *Paris* ; A. GRANDJEAN et C^ie, *Reims* ; BLIN et BLIN, *Elbeuf*, seuls Concessionnaires.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.